

Titres et Travaux

du

Dr. KREIS, préparateur à la Faculté de Médecine

de

STRASBOURG

Délégué dans les fonctions d'agrégé.

o-o-o-o-o-o

Né le 18 mai 1892 à Morhange (Moselle) nous avons commencé nos études médicales universitaires à Berlin en 1911. Elles ont été interrompues durant la guerre pendant laquelle nous étions affecté en qualité de médecin auxiliaire à des services chirurgie, de médecine générale et de dermatologie d'un hôpital d'évacuation dirigés par des membres de facultés. Nos études ont été terminées à la faculté française de Médecine de Strasbourg et nous eûmes l'honneur d'avoir été agréé comme médecin volontaire à la Clinique médicale B. par le professeur BLUM jusqu'au 1. juillet 1919. A partir de cette date le professeur SCHICKELE a bien voulu nous accueillir à la Clinique gynécologique et obstétricale comme assistant d'abord, et nous fit nommer préparateur ensuite à partir du 1. octobre 1921. Nous avons rempli cette fonction jusqu'à ce jour ayant soutenu la thèse de doctorat en Médecine le 18 février 1922.

En 1926 nous nous sommes présenté à la première épreuve de concours d'agrégation en obstétrique et avons été reçu admissible à la seconde épreuve.

<u>Fonctions en dehors du laboratoire.</u>

Délégué dans les fonctions d'agrégé depuis ~~le~~ 1. janvier 1929 par arrêté ministériel du 24.7.29.

Enseignement pendant une heure (3-6 fois par semaine suivant les années) des stagiaires externes et internes: 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930.

Pathologie obstétricale et gynécologique au lit de malade, démonstration de pièces anatomiques au laboratoire.

Remplacement du professeur SCHICKELE, en cas d'absence, depuis octobre 1926, du professeur REEB depuis 1929 dans ~~les~~ les leçons cliniques.

Enseignement dès manoeuvres obstétricales depuis novembre 1928.

Secrétaire général de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg depuis le 1. janvier 1924 jusqu'au 1. janvier 1930.

Membre de la Société de Médecine du Bas-Rhin.

Membre de la Société de Pédiatrie.

Membre de la Société de Biologie.

Cours aux infirmières sur la pathologie obstétricale depuis 1929

ETUDES EXPERIMENTALES DU SYSTEME NEURO VEGETATIF

1. Recherches cliniques sur la vagotonie et la sympathicotonie.

Société de Biologie 10/6.1922

La communication résume la technique et les épreuves pharmacodynamiques que nous avons employées, en modifiant des manières de recherche déjà connues, pour étudier, en clinique, l'antagonisme et les relations fonctionnelles des systèmes sympathique et parasympathique (nomenclature LANGLEY). Nous avions étudié les modifications du réflexe oculo-cardiaque, de la tension artérielle, du dermographisme de la formule sanguine, du débit urinaire et chloruré de demie-heure en demie-heure, sous l'influence pharmacodynamique chez une vingtaine de sujets atteints de troubles endocriniens. Nous avions, par l'étude consécutive du même sujet, pu dégager des formes réactives sur les différents territoires d'innervation plaidant en faveur d'une sensibilité plus grande d'un des antagonistes, vis à vis de l'autre. Nous avions adopté les termes vagotonie ou sympathicotonie, déjà existants pour caractériser la prévalence d'un antagoniste, mais nous avons rejeté plus tard ces expressions comme impropres.

2. Recherches expérimentales cliniques démontrant l'existence de l'antagonisme vago-sympathique dans la production du réflexe oculo-cardiaque.

Société de Médecine du Bas-Rhin 26/I.24

Strasbourg Médical 16/11.24.

Par la démonstration graphique des différentes valeurs du R.O.C. suivants les injections pharmacodynamiques qui excitent ou paralysent, les unes le parasympathique, les autres le sympathique, nous avons essayé de prouver que les deux antagonistes en activité prennent part à la formation du réflexe. Son intensité est donc en dépendance directe de l'état d'équilibre vago-sympathique.

La preuve de cet antagonisme à ces divers degrés d'évolution faite par une expérience clinique et exprimés en chiffre, était nouvelle et confirmait l'hypothèse et les épreuves jusqu'alors faites sur l'animal.

3. Remarques à propos du diagnostic des altérations toniques du système vago-sympathique.

Société de Médecine du Bas-Rhin
Strasbourg Médical 16/11.1926.

Nous avons critiqué dans cette communication le terme "tonus", employé au cours des recherches cliniques pharmacodynamiques sur le système vago-sympathique. On ne peut faire que des épreuves d'excitabilité, et l'on ne peut pas homologuer les deux termes physiologiques. Les diagnostics d'hyper ou d'hypotonie, d'amphotonie ou de neurotonie sont à considérer comme théoriques, sans mention d'ailleurs s'il s'agit d'une augmentation tonique par rapport à un tonus normal (que l'on ne connait pas) ou d'une augmentation du tonus d'un antagoniste par rapport à celui de l'autre. Or, sans section anatomique d'un antagoniste l'exploration fonctionnelle de l'autre est toujours relative et l'on ne pourra jamais, en clinique parler de la recherche du "tonus" d'un antagoniste, tant que l'autre est en fonction. Nous avons pour les mêmes raisons réfuté la valeur des recherches de DANIELOPOLU qui prétend déterminer le tonus absolu, normal ou pathologique, d'un des antagonistes, par l'épreuve orthostatique. On ne peut établir que l'excitabilité prévalente d'un antagoniste, propre à chaque sujet, et toute conclusion ou mesure généralisées sur le tonus individuel ou normal dépasse le résultat de l'étude pharmacodynamique.

4. Recherches pharmacodynamiques sur les facteurs déterminant la valeur quantitative du réflexe oculo-cardiaque.

Annales de Médecine
Tome XXI. fasc.1. 1927.

Cette étude prend position contre une interprétation du R.O.C. formulée par le professeur BARRE, et a pour but de mettre en lumière que le chiffre réflexe tel qu'on le considère généralement est loin de donner une appréciation de la valeur quantitative du réflexe. A condition de prendre le réflexe à plusieurs reprises, à intervalles réguliers sous des influences pharmacodynamiques différentes et dans des conditions d'expériences toujours identiques, on peut rencontrer les mêmes chiffres réflexes chez divers sujets, mais ces chiffres correspondent à des allures du pouls compressif et antécompressif, variables de sujet à sujet. A mesure que l'on étudie les courbes de valeurs pulsatiles pendant et en dehors de la pression oculaire on observe que l'absence du ~~lorsque le~~ réflexe n'est qu'un état d'équivalence fonctionnelle des deux antagonistes pendant la compression et un état de transition vers la prévalence d'un antagoniste. Cet état d'équivalence peut se présenter chez des sujets différents à différentes vitesses de pulsation et simuler ainsi une abolition du réflexe. Le chiffre réflexe est modifié dans l'épreuve pharmacodynamique par l'excitabilité ou l'inhibition d'un antagoniste, qui peuvent être démontrées en établissant une courbe du pouls antécompressif et compressif. Seule cette courbe, qui trahit l'antagoniste sur lequel la variation du réflexe s'est produite, permet d'apprécier le réflexe, sur la valeur duquel, le chiffre établi par soustraction du nombre de pulsations en dehors et pendant la compression oculaire, est muet.

ETUDE DES RAPPORTS DU SYSTEME NEURO-VEGETATIF AVEC LA MENSTRUATION.

5. Recherches cliniques sur le tonus du sympathique et du parasympathique en relation avec des troubles menstruels, en particulier avec l'aménorrhée.

Thèse de doctorat - Publiée par Gynécologie et Obstétrique. Tome V - 1922.

Il s'agit d'une application de nos études sur le système neurovégétatif à des cas de troubles de la menstruation. Des travaux antérieurs avaient établi des réactions nerveuses typiques suivant le caractère d'altération du flux menstruel. Avec notre technique perfectionnée nous n'avons cependant pas pu constater que le sympathique ou le parasympathique soit intéressé électivement à telle ou telle déviation de la menstruation. On peut pourtant établir, par comparaison avec le mode de réaction d'un sujet à menstruation normale, que le sujet à menstruation altérée présente des troubles neuro-végétatifs certains. D'autre part, nous avons démontré que les réactions s'approchent du type normal avec la régularisation des règles. Les influences réciproques du système végétatif et de l'ovaire sont discutées, l'étude se borne à établir la coïncidence de troubles menstruels sans systématisation nette, et de troubles nerveux.

6. Menstruation et système nerveux.

Conférence à la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg Bulletin de la Société d'Obst. 1/VII.1922.

Les même points de vue sont établis sur une base plus générale, mais nous avons insisté particulièrement sur les voies physiologiques, tantôt cérébro-spinales, tantôt végétatives, des rapports entre la fonction ovarienne et la menstruation.

7. Importance de la psychanalyse en Gynécologie.

Conférence à la Soc. d'Obst.et de Gyn. 2/XII.1922.
(non imprimée)

Présentation de plusieurs observations dont certaines avec altérations menstruelles qui ont été supprimées par la psychanalyse. Après une introduction sur les idées de FREUD nous avons démontré l'utilité et le résultat de leur application dans les cas de douleurs fictives, de troubles végétatifs en rapport avec les organes génitaux ou la sexualité du sujet. La connaissance de la psychologie normale et pathologique de la femme est indispensable au gynécologue, qui peut être mis dans l'erreur s'il cherche une origine organique aux malaises accusée par certaines malades. Les conflits sexuels très nombreux surtout dans le sexe féminin sont trop négligés par le médecin en général, d'autant plus qu'il parait encore délicat de traiter ouvertement un sujet jusqu'alors enveloppé du plus grand secret. La psychanalyse, discréditée par un abus à tendance érotique, manifesté dans les milieux extramédicaux est cependant appelée à faire partie du domaine thérapeutique du gynécologue.

PLACENTA
----

8. Résumé d'une étude anatomique de placenta dit cardiaque.

Société d'Obst.et de Gyn. 5/III.1927.

9. Infarctus sous choriaux du placenta sans lésions cardiaques de la mère. (En collaboration avec Mr. HORRENBERGER).

Société d'Obst.et de Gyn. 11/IV. 1927.

HINSELMANN a décrit un placenta cardiaque caractérisé par l'arrêt de la circulation et le dépôt de fibrines en nappes à la base du chorion. Nous avons étudié des oeufs du 3ème, du 5ème mois et à terme, provenant d'interruption de grossesse, pour décompensation cardiaque, ou de femmes mortes d'asystolie au cours de la gravidité. Seul le placenta de la grossesse à terme a présenté les caractères relevés par HINSELMANN. D'autre part, deux placentas à terme présentés avec Mr. HORRENBERGER prouvent que ces lésions existent en dehors de toute insuffisance cardiaque de la mère. Il n'y a donc pas de placenta cardiaque; si toutefois les enfants des cardiaques naissent prématurément ou ont une grande mortalité, il faut admettre que la cause ne réside pas, dans la réduction partielle du champ villeux, mais dans la qualité du sang apporté par les vaisseaux maternels, dans lesquels les villosités baignent. Dans un état de décompensation cardiaque évoluant lentement ou se limitant à un degré compatible avec l'évolution de la grossesse il est compréhensible que le sang maternel chargé en acide de carbone n'offre pas des conditions favorables à l'évolution du fruit.

10. Placenta previa reflexa de HOFMEYER; diagnostic clinique pendant l'accouchement; césarienne basse.

Société d'Obst.et de Gyn. 3/12. 1925.

PLACENTA

Résumé d'une étude anatomique du placenta dit cardiaque.

Société d'Obst.et de Gyn. 5/XII.192[illegible].

Infarctus sous choriaux du placenta sans lésions cardiaques de la mère. (En collaboration avec Mr. [illegible])

Société d'Obst.et de Gyn. 11/IV. 192[illegible].

KIMMELMANN a décrit un placenta cardiaque caractérisé par l'arrêt de la circulation et le dépôt de fibrine en un peu à la base du chorion. Nous avons étudié des cents du 3ème, du 5ème mois et à terme, provenant d'interruption de grossesse, pour décompensation cardiaque, ou de femmes mortes d'asystolie au cours de la gravidité. Seul le placenta de la grossesse à terme a présenté les caractères relevés par KIMM[illegible]. D'autre part, deux placentas à terme présentes avec Mr. [illegible] prouvent que ces lésions existent en dehors de toute insuffisance cardiaque de la mère. Il n'y a donc pas de placenta cardiaque; si toutefois les enfants des cardiaques naissent prématurément ou ont une grande mortalité, il faut admettre que la cause ne réside pas, dans la réduction partielle du champ villeux, mais dans la qualité du sang apporté par les vaisseaux maternels, dans lesquels les villosités baignent. Dans un état de décompensation cardiaque évoluant lentement ou se limitant à un degré compatible avec l'évolution de la grossesse il est compréhensible que le sang maternel chargé en acide de carbone n'offre pas des conditions favorables à l'évolution du fruit.

0. **Placenta praevia reflexe de HOFMEIER; diagnostic clinique pendant l'accouchement; césarienne basse.**

Société d'Obst.et de Gyn. 3/12. 1926.

11. Deux cas de placenta previa reflexa, diagnostic pendant l'accouchement. Observations nouvelles sur la formation du segment inférieur.

Gynecologie et Obstétrique Tome XVIII. 1928
Pages 136-153.

Nous avons fait pour la première fois et à deux reprises le diagnostic sub partu d'un placenta previa reflexa. Cette variété d'insertion placentaire, décrite par HOFMEYER en 1888, d'après une pièce anatomique, est si rare que son existence est contestée dans la littérature française. Nos deux cas ont été confirmés par la démonstration ad oculos de la caduque réfléchie sur l'orifice interne avec insertion placentaire pendant l'opération césarienne. Dans un cas, une biopsie fut soumise à l'examen histologique. Nous avons décrit le diagnostic clinique du placenta previa reflexa et conseillé la césarienne basse comme traitement. Les particularités de développement du segment inférieur dans un de ces cas ont permis de dégager une étude spéciale de la formation de ce segment, dont l'origine anatomique est aujourd'hui encore en discussion. Pour les cas de placenta praevia, en général, il a pu être prouvé que le segment inférieur est d'origine corporéale, car la section du segment dans la césarienne basse porte toujours au dessus de l'insertion praevia du placenta. En outre nous avons pu conclure que le segment se forme par déplacement des faisceaux longitudinaux, de dehors en dedans et de bas en haut. Ainsi la formation du segment inférieur à partir du corps utérin devient par la structure anatomique que BAYER a montrée sur l'utérus prépubère, indépendante du col et de son mécanisme d'effacement pendant la grossesse. La théorie des accoucheurs allemands qui fait développer le segment inférieur au dépens de la partie cervicale est certainement fausse; la césarienne basse d'ailleurs (terme créé par SCHICKELE) est encore appelée aujourd'hui en Allemagne "cervikaler Kaiserschnitt".

<u>Deux cas de placenta previa reflexa, diagnostic pendant l'accouchement. Observations nouvelles sur la formation du segment inférieur.</u> Gynecologie et Obstétrique Tome XVIII. 1928 pages 106-1[illegible].

Nous avons fait pour la première fois et à deux reprises le diagnostic sub partu d'un placenta previa reflexa. Cette variété d'insertion placentaire, décrite par [illegible] en 19[illegible], d'après une pièce anatomique, est si rare que son existence est contestée dans la litterature française. Les deux cas ont été confirmés par la démonstration ad oculos de la caduque réfléchie sur l'orifice interne avec insertion placentaire pendant l'opération césarienne. Dans un cas, une biopsie fut soumise à l'examen histologique. Nous avons décrit le diagnostic clinique du placenta previa reflexe et conseillé la césarienne basse comme traitement. Les particularités de developpement du segment inférieur dans un de ces cas ont permis de dégager une étude spéciale de la formation de ce segment, dont l'origine anatomique est aujourd'hui encore en discussion. Pour les cas de placenta praevia, en général, il a pu être prouvé que le segment inférieur est d'origine corporeale, car la section du segment dans la césarienne basse porte toujours au dessus de l'insertion praevia du placenta. En outre nous avons pu conclure que le segment se forme par deplacement des faisceaux longitudinaux, de dehors en dedans et de bas en haut. Ainsi la formation du segment inférieur à partir du corps utérin devient par la structure anatomique que BAYER a montrée sur l'utérus prépubère, indépendante du col et de son mécanisme d'effacement pendant la grossesse. La théorie des accoucheurs allemands qui fait développer le segment inférieur au dépens de la partie cervicale est certainement fausse; la césarienne basse d'[illegible] (terme créé par [illegible]) est encore [illegible] aujourd'hui en Allemagne "cervikaler [illegible]schnitt".

11 a. Etude de la génèee des formee atypiquee du placenta et de l'insertion excentrique du cordon ombilical.

Revue Française de Gyn. et Obst. 1930
~~(sous presse).~~ 10/

Les différentes formes du placenta avec ou sans déplacement de l'inesrtion ~~ombilicale~~ du cordon ombilical sont imputées à de mauvaises conditions de la muqueuse utérine ~~se résiliant~~ au moment de la nidation ou de la croissance du placenta.

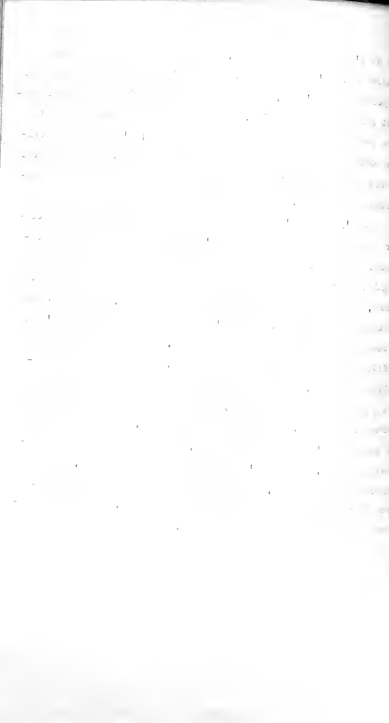
Différentes pièces avec forme quadrangulaire, ou en forme de coeur ou de rein avaient cependant une distribution vasculaire, qui nous a fait peneer que lee vaiseeaux fétaux à partir de leurs divisions, d'apparence arbitraires, à la racine ~~dominaient~~ déminaient par leur champs d'irrigation la forme du chorion villeux. Les branches primitives et dominantes ont une croissance plus rapide, assurent ainsi la fonction villeuse sur leur territoire, mieux que les branches à développement plus tardif. Le fétue limite ainsi par la concurrence des vaisseaux choriaux son chorion villeux et la forme du placenta sera arrêtée en proportion ~~et~~ de l'exteneion vasculaire et de ses besoins nutritifs. La muqueuse utérine n'y joue qu'un rôle conditionnel général, et l'on ne peut guère admettre qu'il y ait sur une muqueuse utérine des plages de qualité aussi variable, si petits et ei rapprochés à la fois, — car la forme du nid et du placenta eet déterminée déjà très tôt, probablement autour de la 4e semaine, - pour nécessiter une atrophie villeuse, à un point ~~et~~ favoriser le développement à un centimètre plus loin.

La projection et l'insertion funiculaire sur le bord ou endehore de la maese placentaire a servi comme argument en faveur de la théorie de la muqueuse utérine.

Le placenta avec cordon primitivement central s'est atrophié sur une partie, et cherchant une compeneation pour la perte, il a dû proliférer dans le sene oppoeé. Aussi le chorion aurait été lateraliеé. Mais la placenta ne peut pas migrer, son nid eet fixe; ~~la prolifération~~ tion des arbree villeux cesse la 4e semaine, il ne peut y avoir

que de l'atrophie placentaire, mais non pas une compensation ultérieure. L'insertion du cordon ombilical est en rapport avec la polarité de l'oeuf, elle est toujours au même endroit par rapport à la surface ovulaire. Mais cette surface ovulaire peut être mal orientée par rapport à la muqueuse; l'insertion du cordon pourra se faire primitivement en face de la caduque réfléchie et les vaisseaux irrigant le chorion en face de la sérotine resteront en fonction.

Il n'y a pas d'argument souverainement persuasif pour accuser la muqueuse utérine en cas d'une forme placentaire particulière. Il apparaît cependant que le rôle du fétus ne soit pas negligeable; il ne peut le remplir que grâce à son réseau vasculaire, avec lequel il dessine son champ villeux, évidemment sur un terrain suffisant . Mais d'après les expériences que l'on a actuellement sur les oeufs très jeunes, il ne paraît pas trop difficile dans le choix de la muqueuse, du moins dans les premières semaines, pas assez difficile pour contourner ou éviter des petites plages utérines qui infligeraient à son placenta une forme irrégulière. Il envoie ses vaisseaux, qui eux prennent un parcours d'apparence arbitraire, ils se divisent et subdivisent sans loi, pourvu qu'ils assurent la vie du fétus, et ne persisteront que ceux, qui suffisent à remplir ses fonctions. Les autres périront et avec eux leur villosité, la forme du placenta qui en résulte sera définitive.



OVAIRES

12. Etude histologique des ovaires appartenant à des malformations importantes des dérivés mullériens.

Société d'Obst.et de Gyn. 5/II.1927.

Cinq couples d'ovaires appartenant à de grandes malformations utérines et tubaires ont été examinés histologiquement, de façon à avoir un aperçu sur toute leur épaisseur. Nous avons classé ces malformations en deux groupes suivant qu'il existait ou non une muqueuse utérine (aplasie de l'utérus). Les ovaires appartenant aux deux catégories ne se distinguent pas. Leur diamètre bipolaire est en général allongé et ils contiennent un nombre plus grand de follicules en évolution et en régression qu'un ovaire normal. Les corps jaunes ou leurs vestiges font défaut dans deux couples d'ovaires, chacun appartenant à l'un des groupes de malformations. L'évolution du follicule jusqu'à maturité parait donc indépendante de l'utérus. S'il n'y a pas de corps jaune, il s'agirait d'un retard de développement intéressant l'ovaire seul. Ces ovaires ont les caractères décrits sous le terme d'ovaires scléro-kystiques, mais les kystes sont des follicules atrétiques et la sclérose, des cicatrices d'anciens follicules et de corps jaunes. En raison du grand nombre de follicules voués à l'atrésie, ces cicatrices sont nombreuses, il ne s'agit cependant pas d'une lésion anatomo-pathologique, mais d'un processus normal en fréquence exagérée. Il faut l'interprêter comme une insuffisance fonctionnelle d'un ovaire arrêté au stade prépubère dans un organisme adulte. La rareté et l'irrégularité de la production des corps jaunes appelle un plus grand nombre de follicules à leur évolution, très probablement pour des raisons endocriniennes et pour les substituer à la fonction du corps jaune. Or, ces ovaires remplissent leur fonction endocrinienne dans la mesure du possible, ne doivent pas être sacrifiés. Tout au contraire et leur fonction est démontrée par l'existence de tous les caractères féminins chez les

OVAIRES

Etude histologique des ovaires appartenant à des malformations importantes des dérivés mullériens.

Société d'Obst.et de Gyn. 9/II.1927.

Cinq couples d'ovaires appartenant à de grandes malformations utérines et tubaires ont été examinés histologiquement, de façon à avoir un aperçu sur toute leur epaisseur. Nous avons classé ces malformations en deux groupes suivant qu'il existait ou non une manquence utérine (aplasie de l'utérus). Les ovaires appartenant aux deux catégories ne se distinguent pas. Leur diamètre bipolaire est en général allongé et ils contiennent un nombre plus grand de follicules en évolution et en régression qu'un ovaire normal. Les corps jaunes ou leurs vestiges font défaut dans deux couples d'ovaires, chacun appartenant à l'un des groupes de malformations. L'évolution du follicule jusqu'à maturité parait donc indépendante de l'utérus. S'il n'y a pas de corps jaune, il s'agirait d'un retard de développement intéressant l'ovaire seul. Ces ovaires ont les caractères décrits sous le terme d'ovaires scléro-kystiques, mais les kystes sont des follicules atrétiques et la sclérose des cicatrices d'anciens follicules et de corps jaunes. En raison du grand nombre de follicules voués à l'atrésie, ces cicatrices sont nombreuses Il ne s'agit cependant pas d'une lésion anatomo-pathologique, mais d'un processus normal en fréquence exagérée. Il faut l'interpréter comme une insuffisance fonctionnelle d'un ovaire arrêté au stade prépubère dans un organisme adulte. La rareté et l'irrégularité de la production des corps jaunes appelle un plus grand nombre de follicules à leur évolution, très probablement pour des raisons endocriniennes et pour les substituer à la fonction du corps jaune. Or, ces ovaires remplissent leur fonction endocrinienne [illegible] la mesure du possible, ne doivent pas être sacrifiés. Tout au contraire et leur fonction est de

femmes porteuses des pièces examinées. L'insuffisance de la fonction excorine (rareté du corps jaune) n'a aucune importance pour ces sujets étant donné leur inaptitude à la procréation consécutive à la malformation génitale. Cette malformation sans rétention de sang vers déversé dans une cavité close ne mérite pas d'intervention chirurgicale; les symptômes douloureux alors rapportés à l'état anatomique particulier du système génital ne sont que des erreurs de diagnostic.

ROLE DE LA POCHE DES EAUX DANS L'ACCOUCHEMENT.

13. Le rôle de la poche des eaux dans l'accouchement.

Société d'Obst.et de Gyn. 3/III.1923.

14. Influence de la rupture prématurée des membranes sur la fièvre puerpérale.

Congrès de la Fièvre Puerpérale. Strasbourg 1923.

15. Indication et importance de la rupture artificielle précoce des membranes sans égarde pour la dilatation dans les cas de tête mobile.

Société d'Obst.et de Gyn. 6/III.1924.

16. Le rôle de la poche des eaux dans l'accouchement en particulier dans les cas de non-engagement de la tête avec ou sans dystocie relative.

Gynécologie et Obstétrique T.XVII.1928. Pages 421-456.

17. Rupture prématurée des membranes et incision du col.

Société d'Obst.et de Gyn. 7/7.1928.

18. La rupture artificielle précoce des membranes à tout état de dilatation de l'accouchement normal.

Société d'Obst.et de Gyn. 3/XI.1928.

Nous avions reconnu au cours de notre pratique obstétricale que le rôle attribué à l'intégrité de la poche des eaux dans l'accouchement était exagéré. Au contraire, la poche est non seulement inutile dans l'évolution spontanée, mais elle est aussi le seul obstacle sérieux à l'engagement d'une tête mobile sans dystocie ou avec dystocie relative. L'enseignement classique était cependant aussi formel que général, sur les dangers d'une rupture artificielle avant la dilatation complète de l'orifice externe et sur le rôle physiologique important de la poche dans le mécanisme de la dilatation. Nous avons refuté successivement avec un grand nombre de cas à l'appui, les théories anciennes: le danger d'infection, l'inhibition de la dilatation, le risque de la procidence du cordon. Dans les cas de non engagement de la tête au début du travail, l'avantage de la rupture artificielle est évident; les raisons de la mobilité du pôle foetal dans un bassin normal ou insuffisamment rétréci pour empêcher l'engagement étant mal connues on était obligé de supposer toujours une disproportion

entre tête et bassin. La crainte de rompre les membranes a donc retardé sensiblement l'évolution de l'accouchement, jusqu'à la rupture fortuite de la poche, ou jusqu'à la décision de faire une opération césarienne. Il serait trop long de nous étendre sur les raisons pour lesquelles une tête reste mobile en l'absence de dystocie osseuse - c'est l'objet d'un travail actuellement en rédaction - mais nous avons démontré que cette tête non engagée au début de l'accouchement est tenue flottante par le liquide prépolaire qui s'accumule devant la tête et représente un obstacle infranchissable par choc en retour pendant la contraction utérine tant que les membranes restent intactes. Or, il y a intérêt, pour abréger la durée du travail - fruste dans ce cas particulier - à rompre la poche des eaux au début du travail. La dilatation du col se fait aussi bien, dans beaucoup de cas mieux, que lorsque la poche est conservée. Dans la dernière communication nous avons étudié plus spécialement l'influence de la rupture sur la qualité des contractions utérines. Elles augmentent en intensité et en fréquence dans la majorité des cas. Dans quelques-uns cependant, qui ne peuvent être reconnus au préalable, l'utérus répond par des contractions spasmodiques. La pathogénie de ces états a fait l'objet d'une étude de notre regretté maître le professeur SCHICKELE qui nous avait appris à reconnaître et à traiter les spasmes du col et de l'utérus. Ainsi nous savons, à présent diriger des accouchements, qu'il y a 6 ans posaient au médecin de difficiles problèmes. Aujourd'hui, notre personnel médical à la salle d'accouchement, rompt chaque poche des eaux à n'importe quel dégré de dilatation sans inconvénient et avec le résultat général que les accouchements de longue durée, si épuisants pour la parturiente, sont devenus d'une extrême rareté.

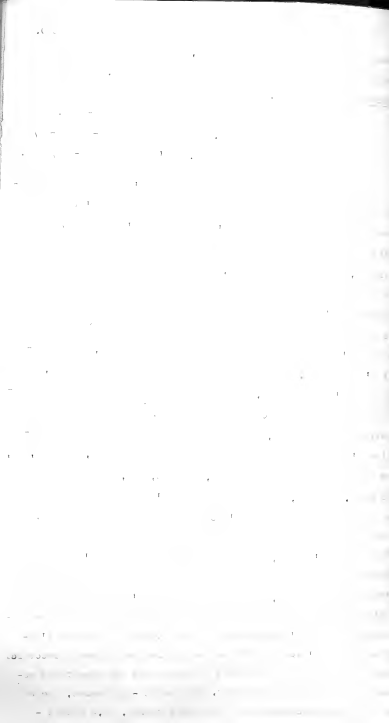
Nous voulons ici rendre hommage au professeur SCHICKELE, au docteur KELLER et au professeur REEB qui nous ont permis de commencer et de poursuivre cette étude, en opposition apparente avec la tradition obstétricale classique ancienne.

~~mencer et de poursuivre cette étude, en opposition apparente avec la tradition obstétricale classique ancienne.~~

18 a. L'accouchement médical.

Conférence à la Société de Médecine du Bas-Rhin.
in Bulletin de la Soc. de Médecine du Bas-Rhin N° 9/1929
et Revue française de Gyn.et d'Obstétrique N° 10/1929.

Dans cet article nous donnons une vue d'ensemble du diagnostic et du traitement des contractions spasmodiques de l'utérus en travail avec nos résultats à l'appui depuis l'année 1925. Nous insistons sur le contrôle précoce et fréquent des contractions utérines, avec montre en main, chez chaque femme en préconisant des injections de spalmalgine intramusculaire dans des intervalles jusqu'à suppression du spasme. La rupture artificielle des membranes que nous avons conseillée en cas de tête mobile en face d'un bassin normal ou relativement rétréci, pour obtenir l'engagement, faisable à tous les degrés de dilatation, ainsi que nous l'avons décrit, avec la technique de combattre les spasmes ont été appelés accouchement médical. Cette expression est justifiée par le fait, que cette conduite nous a permis de réduire l'application de forceps à une fréquence de 1,07 % à 2,2 %, les opérations césariennes de 1,57 % à 2,32 %, les incisions du col de 0,52 % à 1,1 % sans recourir à l'application du forceps au détroit supérieur ni à l'accouchement prématuré provoqué. Nous avons aussi démontré par une statistique portant sur le même nombre d'années, que la morbidité puerpérale n'est pas élevée dans les cas de spasmes ainsi traités ni dans les cas de rupture artificielle, notamment aucun cas d'infection grave est à signaler malgré des interventions nécessitées dans des cas particuliers. Sur l'ensemble des observations nous gagnons l'impression que l'accouchement est en général sensiblement raccourci étant donné 58 % de primipares y compris les cas compliquée accouchent en moins de 12 heures, 75 % en 12 - 15 heures, que 55 % de multipares accouchent en moins de 6 heures, 81,5 % en 6 - 10 heures.



La technique de l'accouchement médical, ayant pour but de rendre le travail plus facile, d'éliminer des obstacles fréquents dans la régularité des contractions utérines et de la dilatation, et de diminuer le nombre des interventions obstétricales, est donc à considérer comme un progrès intéressant, éminamment conservateur, qui soulage la paturiente, et ménage la vie de l'enfant en rendant à l'accouchement ses caractères physiologiques.

INTESTINS ET ORGANES GENITAUX.

19. Sténose du rectum par suite de rétroflexion de l'utérus non gravide?

Société d'Onst.et de Gyn. 3/III.1923.

Les gynécologues avaient tendance d'accuser la rétroflexion utérine de causer une constipation par compression ou fixation sur le rectum. Nous avons démontré, par des radiographies qu'il s'agit toujours de lésions propres à l'intestin, situées généralement beaucoup plus haut sur le tube digestif; dans un cas nous avons même pu démontrer un mégarectum. La rétroflexion mobile est incapable d'empêcher le passage des matières; en cas de fixation pelvienne le rétrecissement rectal est dû à la péritonite et à la rétraction cicatricielle.

20. A propos du diagnostic différentiel de l'appendicite chronique d'emblée chez la femme et de la conduite à suivre. La Gynécologie 1925.

Il est très possible de diagnostiquer la présence ou l'absence d'une appendicite chronique. Dans la majorité des cas, lorsque ce diagnostic est posé, il y a erreur et il s'agit en réalité d'une péricolite qui nécessite uniquement un régime diététique. Le diagnostic différentiel entre une appendicite chronique et une annexite n'offre pas de difficultés, car toute annexite est palpable, sauf celle qui ne fait pas de symptômes et ne mérite pas de traitement.

21. A propos du diagnostic et du traitement de la dysmenorrhée.

La Gynécologie Avril 1926.

22. Les algies cataméniales.

Journal médical français N° 1. 1929.

Dysmenorrhée est un terme impropre car il n'y a pas d'obstacle à l'écoulement du sang menstruel. Dans quelques cas il s'agit d'une contraction spasmodique de l'utérus qu'il soit infantile ou normal, en antéflexion ou en rétroflexion (Algies cataméniales: forme utérine). Dans la grande majorité des cas, la douleur médiane, résulte de l'effet de la contraction utérine pendant les règles, sur les ligaments utéro-sacrés, épaissis et oedématiés par participation indirecte à la

congestion pelvienne causée par une altération intestinale (Algies cataméniales: forme utéro-sacrée). Cette altération est constituée par une constipation ou une colite. Le diagnostic est facile à faire. Le déplacement latéral, au toucher, d'un ligament utéro-sacré, déclanche une vive douleur en cas de constipation. Le traitement est intestinal et non génital. En cas d'une algie cataméniale surtout latérale, sine materia in genitalibus, il s'agit toujours d'une douleur colique. Le traitement est également intestinal. Ainsi le problème de la dysmenorrhée est résolu et toute intervention chirurgicale nous parait superflue. Dans les cas de grandes manifestations douloureuses il se surajoute un trouble d'ordre psycho-affectif, qui doit être traité comme tel.

PATHOLOGIE DE LA MENSTRUATION.

23. A propos de quelques cas avec altération fonctionnelle de la menstruation.

Société d'Obst.et de Gyn. 8/III 1924.

24. Troubles de la menstruation en dehors des rapports ovariens.

Congrès des gynécologues et obstétriciens de Langue française 1925.

25. Une forme pathologique de la menstruation relevant de l'hérédo-syphilis.

Société de Dermatologie.Strasbourg 11/3.28. Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de syphiligraphie 1928.

Dans ses différentes études nous avons successivement éliminé l'origine ovarienne comme cause principale des troubles menstruels. Les théories sur l'hyper ou l'hypo ou la dysfonction ovarienne nullement prouvées, ni par des documents anatomiques ou physio-pathologiques, ni par des succès opothérapiques fidèles, ont été abandonnées. Aucun trouble menstruel sauf les cas d'amenorrhée avec aplasie ovarienne, ne permet de conclure sur la fonction de l'ovaire. Le signe clinique le plus fidèle orientant sur cette fonction est la sensation rythmique de la femme: il a le seul désavantage d'être subjectif. Que la "menstruation" soit trop fréquente ou absente, tant que la femme sent un malaise ou qu'un autre test (flueurs, turgescence des seins, épistaxis) se produit à intervalles rythmiques, l'écoulement du sang en dehors du rythme est à considérer comme une hémorragie échappant à la définition de menstruation; en cas d'amenorrhée le pronostic thérapeutique est à considérer comme favorable car la menstruation existe à l'exception de l'écoulement sanguin. L'élément pathologique siège alors au niveau de l'utérus, de sa muqueuse ou de ses vaisseaux. Le curettage nous a montré l'aplasie de la muqueuse dans un cas, de typique modifications prégravidiques des glandes et du stroma sans hémorragie menstruelle dans un autre cas. Il est également avéré par des recherches histologiques que le cycle de la muqueuse ne va pas forcément de pair avec le cycle de l'hémorragie et force est de conclure que cette hémorragie est une manifestation d'ordre vasculaire que l'on peut isoler

PATHOLOGIE DE LA MENSTRUATION.

...s de quelques cas avec altération fonctionnelle de la menstrua-tion.

Société d'Obst.et de Gyn. 8/II 1924.

...e de la menstruation en dehors des rapports ovariens.

Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française 1925.

...me pathologique de la menstruation relevant de l'hérédo-syphilis.

Société de Dermatologie.Strasbourg 11/6.28.
Bulletin de la Société Française de Derma-tologie et de syphiligraphie 1928.

...r ces différentes études nous avons successivement éliminé l'ori-
...varienne comme cause principale des troubles menstruels. Les
...e sur l'hyper ou l'hypo ou la dysfonction ovarienne nullement
...s, ni par des documents anatomiques ou physio-pathologiques,
... des succès opothérapiques fidèles, ont été abandonnées. Aucun
... menstruel sauf les cas d'aménorrhée avec aplasie ovarienne,
...ent de conclure sur la fonction de l'ovaire. Le signe clinique
... fidèle orientant sur cette fonction est la sensation rythmique
...femme: il a le seul désavantage d'être subjectif. Que le "mens-
...on" soit trop fréquente ou absente, tant que la femme sent un
...e ou qu'un autre test (fluxion, turgescence des seins, épistaxis)
...duit à intervalles rythmiques, l'écoulement du sang en dehors
...hes est à considérer comme une hémorragie échappant à la défini-
...e menstruation; en cas d'aménorrhée le pronostic thérapeutique
... considérer comme favorable car la menstruation existe à l'excep-
...le l'écoulement sanguin. L'élément pathologique siège alors au
... de l'utérus, de sa muqueuse ou de ses vaisseaux. Le curettage
... montre l'aplasie de la muqueuse dans un cas, de typique modifi-
...a prégravidique des glandes et du stroma sans hémorragie mens-
...le dans un autre cas. Il est également avéré par des recherches
...logiques que le cycle de la muqueuse ne va pas forcément de pair
...e cycle de l'hémorragie et force est de conclure [illegible] cett[illegible]

de l'ensemble du phénomène menstruel. La conception de la pathogénie des hémorragies dites fonctionnelles ne peut qu'y gagner et le rôle que l'on attribue à l'ovaire dans le déclanchement du désordre menstruel parait être une erreur. Dans cet ordre d'idée nous avons pu dégager une forme typique, la polymenorrhée pubérale, qui n'est qu'une exagération du phénomène hémorragique et qui,s'améliore facilement par une cure antisyphilitique. Nous la considérons comme un signe pathognomique de l'hérédo-syphilis. Nous pensons pouvoir appuyer notre manière de voir par une étude anatomique en cours, dans laquelle nous trouvons des altérations de l'élément conjonctif de la muqueuse utérine dans les cas d'hémorragie. Dans certains cas les règles deviennent, normales à l'âge adulte ou dégénèrent en métrorrhagies. Ces cas avaient antérieurement présenté un problème thérapeutique des plus délicats. Après l'échec de l'opothérapie, pourtant conseillée avec théories scientifiques à l'appui, dans les cas rebelles on a du recourir à l'hystérectomie ou à la curiethérapie intrautérine, chez la jeune fille ou chez la femme en activité génitale.

Les hémorragies utérines par hypertension ou par constipation sont encore trop peu connues et à mesure que l'on se désintéressera de l'ovaire dans la pathologie menstruelle et qu'on considérera la fonction des organes génitaux dans l'ensemble de l'organisme, cette pathologie cessera de présenter un problème thérapeutique insoluble.

26. Traitement des metrorrhagies par application de rayons X sur un territoire indifférent du corps. (En collaboration avec Mr. WOLFF.)

Société d'Obst.et de Gyn. 5/VII.1924.

Application de la méthode de PAGNIEZ dans les cas d'hémorragies utérines; en irradiant faiblement (5 H) une surface de 10 cm² sur la cuisse ou la paume de la main, on parvient dans beaucoup de cas, après une ou plusieurs expositions à faire cesser l'hémorragie. L'influence sur la coagulabilité du sang qui a été mise en cause par PAGNIEZ, a été controlée par Mr. WOLFF avec un résultat négatif. Etant donné que certaines patientes ont accusé spontanément des contractions utérines après l'irradiation accompagnées d'un effet ~~xxxxxxx~~ hémostatique durable nous avons pensé qu'il s'agissait d'un effet radiatif sur

uble du phénomène menstruel. La conception de la pathogénie
rragies dites fonctionnelles ne peut qu'y gagner et le rôle
attribue à l'ovaire dans le déclenchement du désordre mens-
rait être une erreur. Dans cet ordre d'idées nous avons pu dé-
e forme typique, la polyménorrhée pubérale, qui n'est qu'une
ion du phénomène hémorragique et qui s'améliore facilement par
antisyphilitique. Nous la considérons comme un signe patho-
de l'hérédo-syphilis. Nous pensons pouvoir appuyer notre ma-
voir par une étude anatomique en cours, dans laquelle nous
des altérations de l'élément conjonctif de la muqueuse utérine
cas d'hémorragie. Dans certains cas les règles deviennent
à l'âge adulte ou dégénèrent en métrorragies. Ces cas avaient
rement présenté un problème thérapeutique des plus délicats.
échec de l'opothérapie, pourtant conseillée avec théories scien-
à l'appui, dans les cas rebelles on a dû recourir à l'hysté-
ou à la curiethérapie intrautérine, chez la jeune fille ou
femme en activité génitale.

hémorragies utérines par hypertension ou par constipation sont
trop peu connues et à mesure que l'on se désintéressera de
e dans la pathologie menstruelle et qu'on considérera le fonc-
s organes génitaux dans l'ensemble de l'organisme, cette patho-
sera de présenter un problème thérapeutique insoluble.

nt des métrorragies par application de rayons X sur un terri-
ndifférent du corps. (En collaboration avec Mr. WOLFF.)

Société d'Obst. et de Gyn. 8/VII.1934.

lication de la méthode de [illegible] dans les cas d'hémorragies
; en irradiant faiblement (5 R) une surface de 10 cm² sur la
ou la paume de la main, on parvient dans beaucoup de cas, après
plusieurs expositions à faire cesser l'hémorragie. L'influence
coagulabilité du sang qui a été mise en cause par [illegible], a
trôlée par Mr. WOLFF avec un résultat négatif. Étant donné
rtaines patientes ont accusé a[illegible] des contractions [illegible]
rès l'irradiation accompagnées d'un [illegible]

le sympathique. Le succès thérapeutique avec cette méthode d'application, à distance des organes génitaux démontre aussi l'origine extra-ovarienne des metrorrhagies car les menstruations vraies ne peuvent être influencées par l'irradiation.

Nª 26a. La dystrophie glandulaire dans la muqueuse corporiale de l'utérus

Bulletin de la Soc.de Gyn.et d'Obst. Nª 8.1929.

Nous décrivons un type glandulaire que l'on rencontre de préférence dans les cas de stérilité ou d'hypoplasie ~~glandulaire~~ utérine. L'épithélium est bas, le noyau est en forme de bâtonnet, et toute la glande donne l'aspect de la régularité d'une glande shématiquement ~~diminuée~~ dessinée. Ces glandes ont parfois une forme anormale, se trouvent entourées d'un stroma conjonctif plus dense et ne prennent pas part à l'évolution cyclique d'une façon aussi intense que les glandes normales. En raison de leur petitesse relative et de leur épithélium nous les avons appelées dystrophiques.

Nª 26b. La pathologie du grillage conjonctif et de la muqueuse du corps utérin dans les cas de metrorrhagie d'origine hérédo-syphilitique.

Bulletin de la Soc. de Gyn. et d'Obst. Nª 8.1929.

Il s'agit d'une note préliminaire d'un travail qui est sous presse pour Gyn. et Obstétrique. Elle résume les conclusions d'une étude anatomique portant sur une centaine de muqueuses utérines. En majorité il s'agit de femmes qui saignent anormalement et où l'on constate dans les curettages une dégénérescence précoce ou une régénération tardive par rapport au cycle menstruel du grillage conjonctif. Par compulsion des antécédents de ces femmes, on relève des signes d'une hérédo-syphilis souvent certaine, et à de rares exceptions près elles indiquent une polymenorrhée pubérale dont nous avons reconnu (voir Nª 25) la nature syphilitique. Le succès thérapeutique par le novarsénobenzol ou le bismuth ~~oriente~~ vient encore corroborer en faveur de cette hypothèse. Les lésions conjonctives que nous constatons alors et qui sont constantes révèleraient une nouvelle pathologie de l'endomètre en dehors de la fonction ovarienne, dont nous connaissons d'abord

les caractères anatomiques et l'étiologie ensuite. Aussi seraient éclairci un grand nombre d'anomalies de la menstruation jusqu'à l'heure insuffisamment connues, en particulier celles, qui avaient échappé à tout traitement.

DIVERS

27. Grossesse tubaire à évolution particulière. (Soc.d'Obst.et de Gyn. 6/5.1922.

Grossesse extrautérine avec usure de la paroi tubaire, secondairement ankystée avec réapparition de la menstruation.

28. Tuberculose des annexes, amenorrhée primitive, stérilité; diagnostic différenciel. Société d'Obst.et de Gyn. 9/6 1923.

29. Rupture d'un kyste de l'ovaire, particularités cliniques. Société d'Obst.et de Gyn. 7/7 1923.

30. Echec de la radiothérapie dans un cas de fibrome sous muqueux en développement. Société d'Obst.et de Gyn. 2/2.1924.

31. Rupture d'un pyosalpinx, laparotomie immédiate, guérison. Société d'Obst.et de Gyn. 3/5. 1924.

32. Salpingo-ovarectomie bilatérale avec persistance de la menstruation. Relaparotomie. Société d'Obst. et de Gyn. 5/6.1924.

Un reste microscopique de parenchyme ovarien a été trouvé dans les cicatrices opératoires.

33. Impressions des conférences sur la syphilis héréditaire au Congrès de Paris 1925.

34. Cardiopathies gravido-toxiques graves dans la première moitié de la grossesse. Société d'Obst. et de Gyn. 5/6. 1925.

Lorsqu'une décompensation cardiaque se présente au début de la grossesse elle a un pronostic grave. Elle est caractérisée par une évolution rapide malgré le repos absolu et le traitement cardiaque. Ces cas sont moins rares qu'il n'est dit d'habitude dans les traités obstétricaux; nous en avons observé un chaque année jusqu'en 1927, avec deux cas de mort dont un malgré l'interruption de la grossesse qui s'impose presque toujours. La coïncidence de la décompensation avec le début de la grossesse, alors que les conditions hydrodynamiques ne sont guère modifiées, serait imputable à un facteur toxique dû à la grossesse et se greffant sur un coeur lésé, et non à un effet mécanique pur. Tous les cas étaient atteints de rétrecissements mitraux, lésion la plus redoutable en cas de grossesse.

DIVERS

Grossesse tubaire à évolution particulière. (Soc.d'Obst.et de Gyn. 6/5.1922.

Grossesse extrautérine avec usure de la paroi tubaire, secondairement enkystée avec réapparition de la menstruation.

Tuberculose des annexes, aménorrhée primitive, stérilité; diagnost
différentiel. Société d'Obst.et de Gyn. 9/6 1920.

Rupture d'un kyste de l'ovaire, particularités cliniques.
Société d'Obst.et de Gyn. 7/7 1922.

Echec de la radiothérapie dans un cas de fibrome sous muqueux en
développement. Société d'Obst.et de Gyn. 2/2.1924.

Rupture d'un pyosalpinx, laparotomie immédiate, guérison.
Société d'Obst.et de Gyn. 5/5. 1924.

Salpingo-ovarectomie bilatérale avec persistance de la menstruati
Rélaparotomie. Société d'Obst. et de Gyn. 5/5.1924.

Un reste microscopique de parenchyme ovarien a été trouvé dans les cicatrices opératoires.

Impressions des conférences sur la syphilis héréditaire au Congrè
de Paris 192.

Cardiopathies gravido-toxiques graves dans la première moitié de
grossesse. Société d'Obst. et de Gyn. 5/6. 1925.

Lorsqu'une décompensation cardiaque se présente au début de l grossesse elle a un pronostic grave. Elle est caractérisée par évolution rapide malgré le repos absolu et le traitement cardiaq Ces cas sont moins rares qu'il n'est dit d'habitude dans les tr obstétricaux; nous en avons observé un chaque année jusqu'en l avec deux cas de mort dont un malgré l'interruption de la gross qui s'impose presque toujours. La coïncidence de la décompensa avec le début de la grossesse, alors que les conditions hydrody miques ne sont guère modifiées, serait imputable à un facteur t xique dû à la grossesse et se greffant sur un coeur lésé, et no un effet mécanique pur. Tous les cas étaient atteints de rétré sements mitraux, lésion la plus redoutable en cas de grossesse.

35. Tetanisation utérine, rupture artificielle précoce des membranes; évolution rapide et normale de l'accouchement malgré la persistance de la tétanie. Société d'Obst.et de Gyn. 11/6.1927.

36. Grossesse interstitielle ou angulaire ?

Société d'Obst.et de Gyn. 2/7. 1927.

On oppose deux cas, dont l'un, une grossesse interstitielle rompue avait les caractères d'une angulaire, l'autre, une angulaire intacte portait les caractères d'une interstitielle et fut excisée. Les déplacements du ligament rond, du ligament de l'ovaire et de la trompe, indiqués comme points de repère dans la littérature nous ont trompés dans les deux cas avec le résultat fâcheux dans le second cas d'avoir interrompu une grossesse intra-utérine normale avec localisation angulaire. Or, même la laparotomie conseillée dans les cas échappants à la palpation ne peut apporter de renseignements suffisants dans ces cas particuliers et seul l'examen histologique des cornes utérines excisées dans les deux cas nous ont éclairés sur le siège véritable de l'oeuf.

37. L'évolution de l'Obstétrique depuis 1900.

Conférence à la Société de Médecine du Bas-Rhin 31/3.1928. Strasbourg médical 5/5. 1928.

Cette conférence a pour but de montrer l'avènement de différentes idées dans le domaine obstétrical qui abandonnent de plus en plus la voie vaginale en faveur de la voie chirurgicale dans les cas compliqués. Elle montre en particulier la contribution et l'évolution de la clinique obstétricale de Strasbourg sous la direction du professeur SCHICKELE. Tout en diminuant sensiblement la fréquence des interventions obstétricales par voie vaginale et en défendant la césarienne basse comme une opération de grand avenir, il est parvenu par l'étude de la pathologie fonctionnelle des contractions utérines et de sa thérapeutique à rendre l'accouchement de plus en plus normal. Il a donné à ses élèves une conception plus médicale de l'obstétrique et à sa profession une interprétation plus vaste que celle qu'on met habi-

Tetanisation utérine, rupture artificielle précoce des membranes, évolution rapide et normale de l'accouchement malgré la persistance de la tetanie. Société d'Obst.et de Gyn. 11/6.1947.

35. Grossesse interstitielle ou angulaire

Société d'Obst.et de Gyn. 2/7. 1947.

On oppose deux cas, dont l'un, une grossesse interstitielle rompue avait les caractères d'une angulaire, l'autre, une angulaire intacte portait les caractères d'une interstitielle et fut excisée. Les déplacements du ligament rond, le ligament de l'ovaire et de la trompe, indiqués comme points de repère dans la littérature nous ont trompés dans les deux cas avec le résultat fâcheux dans le second cas d'avoir interrompu une grossesse intra-utérine normale avec localisation angulaire. Or, même la laparotomie conseillée dans les cas échappant à la palpation ne peut apporter de renseignements suffisants dans ces cas particuliers et seul l'examen histologique des cornes utérines excisées dans les deux cas nous ont éclairés sur le siège véritable de l'oeuf.

L'évolution de l'Obstétrique de ala l...

Conférence à la Société de Médecine du Bas-Rhin 21/4.1947 Strasbourg medical 5/5. 1947

Cette conférence a pour but de montrer l'avènement de différentes idées dans le domaine obstétrical qui abandonnent de plus en plus la voie vaginale en faveur de la voie chirurgicale dans les cas compliqués. Elle montre en particulier la contribution et l'évolution de la clinique obstétricale de Strasbourg sous la direction du professeur [illegible]. Tout en diminuant sensiblement la fréquence des interventions obstétricales par voie vaginale et en défendant la césarienne basse comme une opération de grand avenir, il est parvenu par l'étude de la pathologie fonctionnelle des contractions utérines et de sa thérapeutique à rendre l'accouchement de plus en plus normal. Il a donné à ses élèves une conception plus médicale de l'obstétrique et à sa place une interprétation plus vaste [illegible]

tuellement dans le mot accoucheur. Il a par son propre exemple et par son enseignement élargi le domaine de l'obstétricien en y comprenant les recherches de laboratoire, en empiétant sur les terrains de la physiologie, de l'anatomie ou de la biologie dans la mesure où ces sciences pouvaient aider à éclaircir des problèmes de l'obstétrique ou de la fonction en général des organes génitaux de la femme.

38. Eloge nécrologique du professeur SCHICKELE prononcé à la Société de Médecine du Bas-Rhin.

Avril 1927.

Nº 38. Le diagnostic précoce et différentiel de la grossesse à l'aide du test-souris.

Bulletin de la Soc.d'Obst.et de Gyn.1930.

Nous présentons 13 observations de grossesse douteuse, intrautérine ou extrautérine intacte, dans lesquels le test-souris de ZONDECK et ASCHHEIM nous a rendu des services sans erreur. Le résultat indiqué négatif ou positif suivant les cas fut contrôlé par observation clinique ultérieure, soit par intervention chirurgicale. Nous considérons ce test comme intéressant et nous l'avons employé dans des cas, où l'examen clinique était insuffisant pour établir une certitude. Le problème biologique que pose ce test est cependant encore trop obscur pour fixer les idées sur la substance en cause, qui se trouve dans les urines de la femme enceinte, et nous nous gardons de nous prononcer.

Liste des Travaux du Dr. KREIS,

préparateur à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Délégué dane les fonctions d'agrégé.

Etudes expérimentales du système neuro-végétatif.

Nª 1. Recherches cliniques sur la vagotonie et la sympathicotonie.
Société de Biologie 10/6.1922.

Nª 2. Recherchee expérimentalee cliniques démontrant l'exietence de l'antagonisme vago-sympathique dans la production du réflexe oculo-cardiaque.
Société de Médecine du Bas-Rhin 26/I.24
Strasbourg Médical 16/11.24

Nª 3. Remarques à propos du diagnostic dee altérations toniques du eystème vago-sympathique.
Société de Médecine du Bas-Rhin.
Straebourg Médical 16/11.26.

Nª 4. Recherchee pharmacodynamiques eur lee facteurs déterminant la valeur quantitative du réflexe oculo-cardiaque.
Annales de Médecine Tome XXI. faec.1.1927.

Etudee des Rapports du système neuro-végétatif avec la menetruation.



Nª 5. Recherches cliniques eur le tonus du sympathique et du para-sympathique en relation avec dee troubles menetruele, en particulier avec l'amenorrhée.
Thèse de doctorat -
Publiée par Gynécologie et Obetétrique.
Tome V - 1922.

Nª 6. Menetruation et eystème nerveux.
Conférence à la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Straebourg
Bulletin de la Société d'Obst. 1/VII.1922.

Nª 7. Importance de la psychanalyse en gynécologie.
Conférence à la Soc.d'Obst. et de Gyn.2/XII.22
(non imprimée)

Placenta

Nª 8. Réeumé d'une étude anatomique de placenta dit cardiaque.
Société d'Obst. et de Gyn. 5/III.1927.

Nª9. Infarctus-sous choriaux du placenta sans lésions cardiaques de la mère. (En collaboration avec Mr. HORRENBERGER).
Société d'Obst. et de Gyn. X/IV. 1927.

Nª 10. Placenta prévia reflexa de HOFMEYER; diagnoetic clinique pendant l'accouchement; césarienne basse.
Société d'Obst. et de Gyn. 3/I2.1928.



Nº 11. Deux cas de placenta prévia reflexa, diagnostic pendant l'accouchement. Obeervations nouvelles sur la formation du segment inférieur.
Gynécologie et Obstétrique Tome XVIII.1928. P.1366153.

Nº 11a Etude de la génèse dee formee atypiques du placenta et de l'insertion excentrique du cordon ombilical.
Revue française de Gyn. et d'Obstértrique 1930. N° 1
~~(sous presse)~~

Ovaires

Nº 12. Etude histologique des ovaires appartenant à des malformations importantes des dérivée mullériens.
Société d'Obst. et de Gyn. 5/11. 1927.

Nº 13. Rôle de la poche des eaux dans l'accouchement.

Nº 13. Le rôle de la poche des eaux dans l'accouchement.
Société d'Obet. et de Gyn. 3/III.1923.

Nº 14. Influence de la rupture prématurée des membranes eur la fièvre puerpérale.
Congrès de la Fièvre Puerpérale Strasbourg 1923
in Gyn. et Obst. t VIII. 1923, N°5.

Nº 15. Indication et importance de la rupture artificielle précoce des membranes sans égards pour la dilatation dans lee cas de tête mobile.
Société d'Obst. et de Gyn. 6/XII.1924.

Nº 16. Le rôle de la poche des eaux dans l'accouchement en particulier dans les cas de non-engagement de la tête avec ou sans dystocie relative.
Gynécologie et Obstétrique T.XVII.1928. P.421-456.

Nº 17. Rupture prématurée des membranee et incisions du col.
Société d'Obet. et de Gyn. 7/7.1928.

Nº 18. La rupture artificielle précoce des membranes à tout état de dilatation de l'accouchement normal.
Société d'Obst. et Gyn. 3/XI.1928.

Nº 18a L'accouchement médical.
Conférence à la Société de Médecine du Bas-Rhin, in Bulletin de la Société de Médecine d.B.Rh. Nº 9/1929
Revue Française d. Gyn. et Obst. 1929 N° 10.

Intestins et organes génitaux.

Nº 19. Sténose du rectum par suite de rétroflexion de l'utérus non gravide
Société d'Obst. et de Gyn. 3/III.1923

Nº 20. A propos du diagnostic différentiel de l'appendicité chronique d'emblée chez la femme et de la conduite à suivre.
La Gynécologie 1925.

Nº 21. A propos du diagnostic et du traitement de la dysmenorrhée.
La Gynécologie Avril 1926.

Nº 22. Les algies cataménialee.
Journal médical français Nº 1. 1929.

Pathologie de la menstruation.

Nº 23. A propos de quelques cas avec altération fonctionnelle de la menstruation.
Société d'Obst. et de Gyn. 8/III.1924.

Nº 24. Troubles de la menstruation en dehors des rapports ovariens.
Congrès des gynécologues et obstétriciens de Langue française 1925.

Nº 25. Une forme pathologique de la menstruation relevant de l'hérédo-syphilis.
Société de Dermatologie, Strasbourg 11/3.28
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 1928.

Nº 26. Traitement des métrorrhagies par application de rayons X sur un territoire indifférent du corps.
(En collaboration avec Mr. WOLFF.)
Société d'Obst. et de Gyn. 5/VII.1924.

Nº 26a. La dystrophie glandulaire dans la muqueuse corporéale de l'utérus.
Bulletin de la Soc. de Gyn. et d'Obst.
Nº 8. 1929.

Nº 26b. La pathologie du grillage conjonctif de la muqueuse du corps utérin dans les cas de metrorrhagies d'origine hérédo-syphilitique.
Bulletin Soc. de Gyn. et Obst. Nº8.1929.

Divers.

Nº 27. Grossesse tubaire à évolution particulière.
Soc. d'Obst. et de Gyn. 6/5.1922

Nº 28. Tuberculose des annexes, aménorrhée primitive; stérilité; diagnostic différentiel.
Société d'Obst. et de Gyn. 9/6.1923.

Nº 29. Rupture d'un kyste de l'ovaire, particularités cliniques.
Société d'Obst. et de Gyn. 7/7.1923.

Nº 30. Echec de la radiothérapie dans un cas de fibrome sous muqueux en développement.
Société d'Obst. et de Gyn. 2/2.1924.

Nº 31. Rupture d'un pyosalpinx, laparotomie immédiate, guérison.
Société d'Obst. et de Gyn. 3/5.1924.

Nº 32. Salpingo-ovarectomie bilatérale avec persistance de la menstruation. Relaparatomie. Société d'Obst. et de Gyn. 5/6.1924.

Nº 33. Impressions des conférences sur la syphilis héréditaire au Congrès de Paris 1925.

Nº 34. Cardiopathies gravido-toxiques graves dans la première moitié de la grossesse. Société d'Obst. et de Gyn. 5/6.1925.

Nº 35. Tetanisation utérine, rupture artificielle précoce des membranes; évolution rapide et normale de l'accouchement malgré la persistance de la tétanie. Société d'Obst. et de Gyn. ~~2/7.1927.~~ 11/6 1927

Nº 36. Grossesse intertitielle ou angulaire ? Société d'Obst. et de Gyn. 2/7 ~~11/6~~.1927

Nº 37. L'évolution de l'Obstétrique depuis 1900. Conférence à la Société de Médecine du Bas-Rhin 31/3.1928. Strasbourg médical 5/5.1928.

Nº 38. Le diagnostic précoce et différentiel de la grossesse à l'aide du test-souris. Bulletin de la Soc. d'Obst.et de Gyn.1930.

Nº 39. Eloge nécrologique du professeur SCHICKELE prononcé à la Société de Médecine du Bas-Rhin. Avril 1927.